

戦後の高齢者にかかわる 医療福祉政策と地域ケアの変遷

—— 要介護高齢者の生活の場を中心として ——

室 田 人 志

はじめに一年表を作成して

大学教員に就任前、3カ所の病院で医療ソーシャルワーカーとして患者とその家族の生活支援に向き合ってきた。その過程で寝たきり老人（現、要介護高齢者）とその家族の介護を中心とした生活課題に数多く直面し、高齢者にかかわる医療福祉政策や高齢者を取り巻く国民の生活実態について強く関心を抱いた。本年表は、そこを出発点として20年ほど前から資料をアーカイブしてまとめたものである。戦後から2000年までを筆者がまとめたもの（室田、2001：203-211）を大幅に修正、加筆した。

年表作成から見えてきたことは、科学の高度な発展により長寿社会が実現し、世界一の平均寿命にまで到達した。反面、戦後の高齢者を取り巻く社会環境は、経済社会の発展過程で大きく様変わりした。とりわけ、医療、介護、認知症徘徊行方不明者、貧困化の問題が顕著になった。息苦しく生きづらさを伴う深刻な生活実態が広がっていることが明らかとなった。

1. 増え続ける高齢者と新たな社会問題

戦後の高齢社会と要介護者の増加、介護家族の変容と深刻化する介護家

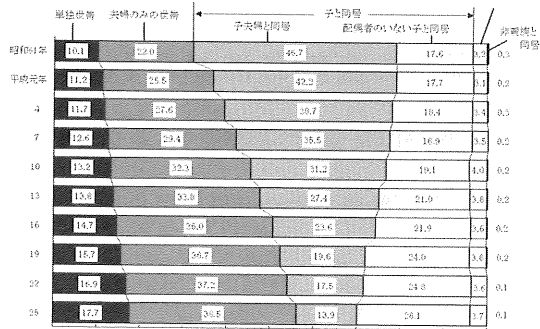


図1：家族形態別にみた65歳以上の者の構成割合の年次推移

注：平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。

出所：厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」

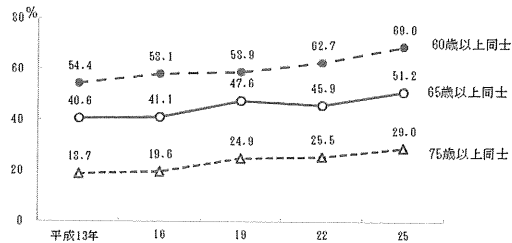


図2：年齢別にみた同居の主な介護者と要介護者等の割合の年次推移

出所：厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」

族の様相などは筆者が同朋論叢第96号（2012：1-34）で超高齢社会を迎える前までを論じたので、それ以降の内容を中心に展開する。

高度経済成長は、核家族化、少子高齢化の進行をもたらした家族扶養機能が喪失してきた。家族システムが弱体化してきた。地域生活の崩壊ももたらしてきた。

高齢化社会から超高齢社会に進行して、高齢者の単独世帯と夫婦二人世帯、配偶者のいない子と同居の増加を促進させてきた。単独世帯では、1989年に159万2千世帯であったが、2014年には595万5千世帯と3.7

倍（うち、男性 6.2 倍、女性 3.2 倍と男性の伸びが顕著である）、夫婦のみの世帯では同様に 137 万 7 千世帯が 580 万 1 千世帯となり、4.2 倍の伸びを示している（厚生労働省「平成 26 年国民生活基礎調査」）。

図 2 の主な介護者と要介護者との同居の推移は、60 歳以上のいずれの世代も老老介護、あるいは認認介護が増加していることがうかがわれる。このような核家族化の進行に伴う単身ならびに夫婦二人世帯、配偶者のいない子との同居の増加は、要介護高齢者の増加に比例して介護問題が一層深刻化していることを示している。

2. 介護家族の支援がない介護保険制度

介護保険制度開始年では要介護認定者は 256 万人、2015 年には 620 万人となり 2.4 倍の伸び率である。2015 年の 620 万人のうちサービス利用者は 505 万人（81.5%）となっている。約 115 万人が要介護状態になってもサービスを利用していないことになる。もちろん要介護状態になっても介護認定を受けない人も相当数いるといわれている。あわせて留意しなければならないことは、3,384 万人（2015 年 9 月総務省発表）の 65 歳以上の高齢者に対して、505 万人、14.9%の人しか介護保険制度で介護問題に対応しているに過ぎないことである。高齢者問題は、残りの 85.1%の人たちにも、後述する貧困化とあわせてさまざまな深刻化した実態が湧き出している。

また高齢者虐待件数の増加も厚生労働省の結果報告だけでなく、NPO の調査結果（年表内 2015 年『「要介護高齢者」の生活の場』p. 12）でも著しく出現している。

あわせて、湯原（年表内の 2012、2015 年『「要介護高齢者」の生活の場』p. 10-12）が指摘するように介護心中・殺人事件も増え続けている。介護サービスを利用しても家族介護の負担は軽減されない実態が浮かび上がっている。2015 年 1 月に起こった岐阜県大垣市の介護殺人事件を取り

上げてみよう。

報道での主な内容は次のようであった。98才の認知症の母親を介護していた74才の息子が絞殺。2人暮らしの息子は心身ともに疲れ果て、うつ状態であった。一時的に介護老人保健施設に入所。その後、隔週でショートスティを利用して。やがて息子は不眠に悩まされるようになり、うつ病と診断され、通院を始める。同時に、母は認知症が進み、ほとんど寝たきりになった。毎日、3回30分ずつ、食事などの世話で訪問介護も受けた。

一方で、息子のうつ病は悪化していった。しかし、通院をやめてしまった。胃の調子も悪く、食欲もなくなる。日増しに生活の意欲が薄れ、母のおかゆを作ることも難しくなった。介護だけでなく、自分の食事や入浴なども面倒に感じるようになった。うつ状態が悪化、精神的に追い込まれていった末の犯行であった。訪問介護の介護福祉士には、「死にたい」と漏らしていたという。

2015年6月に岐阜地方裁判所で懲役3年、執行猶予5年の判決が確定した。地域社会から孤立状態になった老老介護の典型的な結末事例であり、息子から介護サービス担当者に対して、追い詰められた極限の苦しみのメッセージが発信されたが、支援につながらなかった。似たような介護殺人事件が後を絶たない。湯原（年表内2015年）は、2014年までの17年間で年間平均40件の事件が起き続けていることを指摘している。

このような介護サービスを利用しても家族支援が得られない事例の問題構造は次の5点が考えられる。

1点目は、利用者とその家族の生活全体を総合的に捉え、生活ニーズを明らかにする責任窓口が欠如していること。2点目は、ケアマネジャーやサービス提供機関、民生委員らの地域のネットワークが存在していない。3点目には、介護保険制度、障害者総合支援法による制度・サービスがあっても、個々の利用者や家族にとって有機的になっていない。たとえば、障害者基幹相談支援センター、地域包括支援センターや地域の専門機関・専

門者間の連携が形成されていない。法制度・サービスは対象者のために包括的に提供されなければ機能しない。4点目は、利用者と介護家族が暮らし続けられる「日常生活」を支えるしくみが欠如していることがあげられる。5点目は、民間活力による介護福祉サービスの提供が構造的な問題創出の一因にもなっていることである。介護保険制度の導入によって、措置制度による高齢者福祉の行政サービスは、大部分が民間事業者に委ねられた。藤田（2015：157）は、多くのケアマネジャーが作成するケアプランは要介護高齢者の介護の必要性はアセスメントするが、貧困を構造的に理解してケアプランを作成していないと指摘している。

河合（2015：217）は、今日の高齢者政策に大きな影響を与えたものに介護保険制度があり、重大な問題は行政による高齢者問題の把握力の低下をもたらしたことと、サービス選択制は比較的生活が安定している高齢者にとっては身近な制度となったが、自ら声を上げない人々にとっては、制度との距離が大きくなったことを指摘している。

また、2012年および2013年の厚生労働省の高齢者虐待実態調査結果によると、養護者による虐待の発生要因は、虐待者の介護疲れ・ストレス、虐待者の傷害・疾病、経済的困窮が上位を占めている。2013年の調査結果では、養護者の虐待件数の80.5%が介護サービスを受給している。介護殺人事件と同様に介護保険制度では、これらの発生要因の改善・解決が困難であることを示している。

3. 認知症の人と介護家族の問題は深刻化

また、認知症者の徘徊行方不明問題が報道等で顕在化してきた。2007年12月に愛知県大府市のJR共和駅で91歳の認知症男性が線路内に立ち入り快速列車にはねられて死亡した事件があった。85歳の要介護1の妻と2人暮らしで、介護のために横浜市から近所に転居してきた長男夫婦の協力を受けていた。デイサービスから帰宅して妻と嫁と一緒にお茶を飲ん

だ後、介護疲れで妻がうたた寝して嫁が目を離した隙に外出して事故になった。JR 東海は遺族に損害賠償訴訟を起こした。第1審、2審ともに「家族は男性が徘徊しないよう適切な措置を執らず、目を離すなど注意を怠った」として遺族に賠償命令の判決。最高裁で係争中である。認知症の人の介護家族や公益社団法人認知症の人と家族の会、さらには介護保険施設など関係諸団体からは、あまりにも認知症と介護の実態を知らない判決に怒りが表明された。認知症の人を介護する家族の負担に目を向けず、老老介護に対する社会的支援の視点が欠落している。

一方で、認知症で徘徊して行方不明者となっている実態について市町村がほとんど把握していない状況が次々に明るみに出ている。2010年、2013年、2014年にNHKスペシャルで立て続けに認知症問題が放映され、認知症徘徊行方不明者が2013年には10,322人、死亡者388人、2014年には10,783人、死亡者429人（家族からの届出理由による、いずれも警察庁報告書）が判明した。「地域のつながりの希薄化、独居者の増加など認知症の高齢者を巡る状況はより深刻化している。それに比して対策は進んでいるとは言いがたい現実がある」（NHK「認知症・行方不明者1万人」取材班、2015：136）。

政府は、2015年度から国家戦略として「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を施行している。「認知症の人と意思が尊重され、住み慣れた環境で自分らしく暮らし続けられる社会の実現を目指す」と基本的な方針を掲げ、認知症の行方不明者の発見や保護のため、警察や住民が一体となった地域ぐるみの見守り体制を全国で整備するとして7つの柱を示した。認知症の人の介護者への支援では、認知症の早期診断・早期対応、認知症地域支援推進員等の企画による認知症カフェ等をすべての市町村に設置、家族向けの認知症介護教室等の普及促進、介護ロボット等の機器の開発支援、仕事と介護が両立できる職場環境の整備が明示している。「徘徊見守りネットワーク」の構築を推進することも地域づくりの一つとしてあげている。

1994年に北海道釧路地域で認知症高齢者の徘徊死亡事件が起こり、地域で発見し見守る「SOS徘徊ネットワーク」が誕生した。その後ネットワークの取り組みは全国の市町村へと制度化されたが、未だに全国の市町村の三分の一が未設置のままであり、設置された半数がほとんど活用されていない。警察庁では2014年11月までに、保護された身元不明者の情報を記載した台帳を全国で閲覧できる体制を整えた。しかし、個人情報保護の理由で閲覧に慎重な姿勢を見せる自治体が多く、台帳が活用されていない。人の命がかかっているのに情報を公開できないという理由が役所的である。生命権などの人権と個人情報保護のどちらを優先すべきなのか、住民のための地域行政のあり方が問われる。

韓国では、2011年に「認知症管理法」を制定し、認知症高齢者の保護を国家の責務として位置づけ、「行方不明者搜索センター」システムを国家戦略として導入した。情報共有を徹底し、収集した個人情報を本人や家族のために有効に活用しようとしている。日本では、警察庁を含めて政府の導入予定はない。

徘徊等24時間の介護に追われ続けている介護実態を理解し軽減する戦略は相変わらず見えてこない。認知症の人の介護家族のつらさ、苦しみはますます重くなっていくばかりである。独居や老老介護での認知症高齢者を地域で見守るシステムづくりを地域包括ケアシステムの構築にどのように取り入れていくのかが政府・自治体に問われている。

4. 貧困化・孤立化が拡大

単身高齢者が急増している社会の動向に法制度やしきみが追いついていないために、さまざまな日常生活の困難な問題に対応できなくなっている。家族がいることを前提とした社会保障制度は、もはや機能不全を起こしている。

従来、孤立問題は貧困問題とは切り離された地域社会からの孤立を軸に

考えられていた。しかし現在の孤立は、低所得が住環境の貧困につながり、核家族化とも重なり合って孤立化へと進む構図となっている。

橘木（2006：71）は、OECD 調査からみて母子家庭の次に貧困率が高いのが単身高齢者で、貧困率は1995年で47.9%、2001年で43.0%と単身高齢者の半数近くが貧困の状況にいと指摘している。厚生労働省「平成26年国民生活基礎調査の概況」によると、国民全世帯の平均所得は528万9千円であるのに対し、高齢者世帯の平均所得は300万5千円、その差は228万4千円と大きい。実際の多くの高齢者世帯は、平均所得額ではなく242万円（中央値）である。300万円未満の高齢者世帯は62.7%、250万円未満は50.9%と半数以上の高齢者世帯が「生活が苦しい（高齢者世帯の56.8%）」と訴えている。高齢者世帯の89.9%は全世帯の平均所得額の500万円を下回る。

藤田（2015：68-71）は、問題は年金等の収入の下げ幅に対して、支出は思ったほど減らない（税、光熱水費、健康保険料、介護保険料、等々）ばかりか、医療費や介護費用など高齢期には想定していない多額の支出が発生するリスクを多く抱えている。それは誰でも老後が崩壊するリスクがあり、いわゆる「下流老人」^{*1} には誰もがなり得ると指摘している。

このような貧困化現象は、次のような事態を生み出す。何らかの事情で家計が苦しくなると社会との交流・交際費を縮小せざるを得ない。そうすると親族や地域社会とのつながりが希薄化して関係性の貧困が広がっていくことになる。やがて孤立化が進み、高齢者の生活は親族や地域からわからなくなっていく。その結果、問題が潜在化し、緊急な事態になっても発見が手遅れになってしまう構造が希では無くなっている。老老介護では介護者が病気などで急死し、要介護者が餓死していた事例や単身者が死後数日経過して発見された事例は典型である。人間の尊厳が脅かされている事態が拡大している。

さらに高齢者を取り巻く環境は、次のような変化をもたらしている。

政府・厚生労働省は、在宅医療・介護を推進する一方で、自宅には戻れ

ない高齢者の受け皿として施設整備も進めてきた。ところが、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）では月 10 万円以上の利用者負担があり、空きがない特別養護老人ホームの待機期間があるために、最低でも月 10 万円前後の介護老人保健施設等の利用者負担が考えられる。月 64,000 円の老齢基礎年金ではとても利用困難となるために生活保護という選択肢しかない。生活保護の医療給付と介護給付が増加し、高齢者の生活保護受給者が伸び続けている。高齢者の困窮化の進行と比例して今後も続くことが予想される。

さらに、高齢化・単身化・貧困化が同時進行するなかで、行き場を失う高齢者の新たな受け皿として「無料定額宿泊所」が急成長してきた。住むところが無くなって孤立化した生活困窮状態の単身高齢者が生活保護の行政窓口に行くと、このようなところを住処のように紹介される。生活保護費の上限いっぱいの利用料を設定して食事と宿泊のサービスを受けられるしくみである。行政側は高齢者にとって必ずしも居心地のいい居場所ではないことも知りつつ、それでも他に選択肢がないために「無料低額宿泊所」を紹介する。こうして、終の住処を求めて流入してくる高齢者が増え続けている。頼れる人もお金も住む場所も無くなった高齢者がようやくたどり着いた居場所となり、高齢者施設化している。2015 年 5 月に起こった川崎市の簡易宿泊所の火災で 10 人が死亡した。入所者の 9 割が生活保護受給者で多くが高齢者であったことが判明した。ベニヤ板で仕切られ窓は開けられない 4 畳半の部屋を 3 人で共有し、病気などで半身麻痺になっても居続けている高齢者がいる実態も報告されている。全国で認可された施設は 400 カ所以上といわれ、そのほとんどが 3 畳 1 間である。そのような劣悪な場所でも、やっとたどり着いた住処にしがみついて生きていくしかない現実である。高齢者施設が圧倒的に不足している事態が続く限り、「貧困ビジネス」は、孤立化・貧困化した高齢者の生活保護費を搾取し続けていく。住まいの貧困化も一層拡大している。

NHK スペシャル取材班（2013：17）は、高齢化と単身化の同時進行の

なかで、ひとりで暮らせなくなった高齢者に対する支援、すなわち受け皿と支え手が全く足りていないという現実（政治）社会が直視してこなかったと指摘している。また、藤田（2015：35-39, 143）は、このような現象の理由の多くは社会構造に問題があり、個人の「自己責任」や「自助努力」で解決できる問題ではないと指摘している。さらに、経済的に自立していない人間を自分たちの生活のために排除することに何ら疑問を持たない者も表れて生活保護受給者や福祉サービス受給者に対する差別的意識が強まり、自立を阻害する要因となる可能性をあげている。このような優生思想にもつながる危険な考え方を産む土壌を社会に形成してしまうとし、「命の尊さ」や「生命倫理」が根底から揺らいでしまう時代が来るかもしれないと危惧している。

河合（2015：215-220）は、2000年以降孤立死・餓死の発生が多くなっており、その原因の一つとして高齢者政策、とりわけ介護保険制度があると指摘している。介護保険制度は高齢者の生活問題全体をカバーしているわけではない。高齢者全体から見れば介護保険制度の利用率は14.9%（2015）である。残りの85.1%の高齢者に貧困とか孤立問題などの生活問題が発生していることに目を向けていく必要を指摘している。

5. 医療制度改革と介護保険制度改革は同じ穴のムジナ

戦後の医療制度改革は、核家族化や少子高齢化の進行に伴う諸問題を放置してきた。そのツケとして国民医療費は高騰し、2013年には40兆円を超した。その抑制策が様々な形で進められてきた。医療法改正、平均在院日数の短縮化、2年ごとに実施されてきた診療報酬の改定等々によって医療費適正化政策の下に進められてきた。

健康保険料や医療費の自己負担強化、診療報酬に伴う医療費負担の引上げ、高額療養費の自己負担限度額の引上げ、入院時食事療養費および生活療養費の自己負担の導入と引上げ、後期高齢者医療保険制度の導入と負担

強化など患者の自己負担強化が徹底されてきた。その影響は、低所得者、生活困窮者に大きくのしかかり、医療費負担が困難なために病人になっても「患者」になれない人たちが増えてきている。

藤田（2015：154-155）は、そのような下流老人は“医療難民”で、病気になるっても重篤化するまで、あるいは命が脅かされるほど重い症状になっても病院の窓口に現れない。病気や介護度が深刻化しても周囲に助けを求めようともしない。「孤立死」となって、あるべき人間の死に様ではないと述べている。

全日本民医連の「2014年経済的事由による手遅れ死亡事例調査概要報告」による死亡56事例では、60歳以上71%、無保険状態（無保険者と国保資格証者）43%、国保短期証者を含むと59%にもなっている。死亡原因では悪性新生物が71%と圧倒的に多い。世帯構成では独居者が54%と半数を超えている。国民皆保険というが、非正規雇用やリストラ、老齢年金額の引き下げ等経済的困窮状態に追い込まれて保険料が払えないために、国民健康保険証を役所の窓口に残め置いたまま本人に渡らなく無保険状態となっている事例や、高額ながん治療費の負担が困難となり受診ができない実態が明らかになっている。国民皆保険であるが、お金がないという経済的な理由で助かったはずの命が救えていない実態である。高齢者が置かれた事態は、お金の切れ目が命の切れ目になっている。

一方で、在院日数の短縮化政策は、がん患者も含めて治療中であっても急性期病院からの早期退院促進のため、患者とその家族の適切な療養生活の場の保障が十分とはいえない。地域医療・介護総合確保促進法の施行によって、在宅医療の充実等を掲げて地域医療提供体制の構築、生活の場での医療・介護環境の充実を整備していくことになっているが、サービスを受けられる自己負担等の経済的条件など在宅で暮らし続けられる保障があるわけではない。

今、介護保険制度でも同様のことが起こりつつある。介護保険制度開始時の要介護認定者数は256万人、介護給付費は3兆2,427億円、介護保険

料は全国平均で2,911円であった。2015年4月の時点での要介護認定者数は620万人（2.42倍の伸び率）、介護給付費は8兆5,121億円（2013年度額、2.63倍）、介護保険料は5,514円（1.89倍）になっている。政府は介護保険財政の安定化を図るために介護給付費の抑制策を進めている。2015年の介護保険制度改革では、要支援者を介護保険サービスから除外し市町村に移行、特別養護老人ホームの利用を原則要介護3以上に限定、年間所得160万円以上はサービス利用料を2割負担、補足給付を削減するなどを実施した。その影響を受けて、低所得高齢者にとってサービス利用を減らす、あるいは止めざるを得ない事態が拡大していく。“介護難民”が増加していくことになり、やはりお金の切れ目がサービスの切れ目、命の切れ目になっていく。介護のストレスが減らない介護家族の虐待や将来を悲観した介護心中・殺人事件が比例して増え続けていく事態はなくならないであろう。

6. 地域包括ケアシステムの課題と展望

～新たな時代に対応した福祉ビジョンとは

地域包括ケアシステムの構築は、高齢者にかかわる医療・介護の中心的な施策として進められている。ところが、2015年9月に厚生労働省から発表された「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現～新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン～」(以下、「福祉ビジョン」)では、高齢者限定の地域包括ケアシステムを全世代・全対象型の新たな地域包括支援体制の構築を目指すと提言している。

福祉ビジョンの現状と課題では、少子高齢化、単身世帯の増加、地縁・血縁関係の希薄化が進行しているなかで、ニーズが多様化、複雑化してきた社会環境の変化に対して、既存の制度では適切な支援が受けられない、認知症高齢者の介護家族の地域からの孤立化、がん患者や難病患者の福祉ニーズや就労ニーズなど分野をまたがるニーズに対応する総合的な支援の

提供が困難等々の実態を指摘し、高齢者介護・障害者福祉・子育て支援・生活困窮等さまざまな分野を問わず包括的に相談・支援を行う体制が必要となっていることを指摘している。

そのうえで、新たな地域包括支援体制の考え方として、高齢者、障害者、児童、生活困窮者等地域で暮らす住民誰もがその人の状況にあった支援が受けられる新しい地域包括支援体制を構築する、医療・福祉・介護の連携＋教育・司法・地域振興その他の分野が住民と地域のニーズに応じるさまざまな協働をすすめる、「地域」から発想し、地域をフィールドとした新しいまちづくりをめざす、すべての人が共に生き生きと生活を送ることができる共生社会の実現のためのまちづくりをあげている。具体的に、新たな包括的相談支援システムとして、「全世代対応型地域包括支援センター」を相談窓口として整備し、「包括的相談支援推進員」（仮称）の配置を提起している。担う人材の育成・確保では、社会福祉士に新しい地域包括支援体制におけるコーディネート人材として期待されており、二木（2015②：17-18）は、「今後、社会福祉士の資格のあり方の検討が急ピッチで進められ、2018年度からの養成カリキュラムの改訂が予定されている」ことを紹介している。

厚生労働省はこの福祉ビジョンをもとに、工程表を作成し、総合的に施策を推進するとまとめている。今後の地域包括ケアシステムの構築がどのように進められていくのか、十分に留意していく必要がある。

また、二木（2015③：15-17）は、地域包括ケアシステムでは、「自助」と「互助」の拡大が目指されており、「自助」の一つとして家族介護を拡大することが暗黙の了解とされていると厚生労働省の情報を紹介している。しかし、無理に促進すると、年間10万人に上っている介護離職が増加し、アベノミクスの第三の矢である成長戦略の重大な障害になることから、今後、地域包括ケアシステムによる在宅ケアの拡大にはブレーキがかかると予想している。もう一つのブレーキは、少なくとも重度の要介護者・患者の場合には、地域・在宅ケアの費用が施設ケアに比べて高いため、「骨太

の方針 2015」による社会保障関係費の自然増を抑制する目安を 1.9 兆円（小泉政権時の「骨太の方針 2006」の削減目標 1.1 兆円より 7 割も多い）としたことで、公的費用が相当圧迫・圧縮されることを指摘している。

これらの指摘は、福祉ビジョンにも影響を与えていることが垣間見られる。新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保の具体的方策として、多様な人材層からの参入促進を掲げ、その一部として、地域住民が参入しやすい環境の整備をはかり、新たな「まちづくり」に住民が主体的に関わることをあげている。「公助」の縮小化のすり替えとして、住民参加による新たなネットワークの形成を「互助」として促進していく方向性である。

太田（2011：37）は、地域包括ケアシステムづくりでは個々の人々に焦点を合わせたピンポイントの支援のしくみが求められ、施設から地域ケアへの転換に合わせ、医療的ケアと社会的ケアが欠かせない要介護者の一人ひとりの日常生活を営む上での生活基盤を創り出すことが求められると指摘している。

しかし、今日の医療・介護政策では、施設も「在宅」として組み入れ、ターミナルケアは医療機関ではなく、施設での対応にシフトしている。太田のいう要介護高齢者の枠内で地域包括ケアシステムづくりを進めていくことは限界である。こうした「在宅」への対応とともに、前述してきたように高齢者問題が介護保険制度の対象以外のところで多く発生している今日の地域社会の実態に合わせた日常生活の生活基盤づくりを地域包括ケアシステムで構築していくことが必須である。

森本（2011：55-56）は、「地域包括ケア」はあくまでも、ケアが必要な人に対して個別に組み立てられた支援・援助であり、「地域包括ケアシステム」は、「地域包括ケア」が成立するためのしくみであると概念化し、「地域包括ケア」の成立要件 4 点（①～④）とそのしくみ 6 点（⑤～⑩）が構築されなければならないと述べている。それは広義の地域福祉が目指しているものと多くの部分で重なってくるので、「地域包括ケアシステム」の範囲は、「地域福祉システム」にそのまま重なってくることを示してい

る。

- ① 介護、福祉、医療、看護、保健、リハビリテーション等のフォーマル・サービスの連携
- ② 地域社会や友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員
- ③ フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動
- ④ 各種サービス、サポート間のネットワークと適切なケアマネジメントの確立
- ⑤ 総合相談・ニーズの発見・権利擁護・虐待防止などの個別ケアを重層的に支えるネットワークの構築
- ⑥ 個々のケースにおける生活の時間的連続性を確保するための長期継続ケア体制の構築
- ⑦ 前提としての生活の場所(住まい、居場所)の確保と連続性
- ⑧ 障害、児童等も包含した共生ケアの可能性
- ⑨ 当事者・家族の参加可能性
- ⑩ 上記の要件にかかわる全体的なケアマネジメント体制

福祉ビジョンが示した新たな地域包括相談支援体制づくりの構想は、森本が示した内容とも重なってくると考えられる。地域の住民一人ひとりの生活実態を把握し、単身化・貧困化・孤立化問題の深層を課題分析していくことができる自治体の能力が問われてくる。

おわりに

超高齢社会の不安定な状況について、川上（1997：132）は、「高齢者の場合は、病気になれば現在の年金の水準では所得が非常に低くなる。低所得の生活は病気・障害を憎悪させるという悪循環が生じ、病気・障害と年金の水準が階層格差の拡大を促進する。これは現代資本主義社会の避ける

ことのできない構造的な欠陥となり、21世紀を不安定なものにする」と指摘した。

年表作成に取り組んで、社会動向や要介護高齢者の生活の場の出来事を拾い上げてくる中で、川上が指摘したとおりの実態が浮かび上がってきた。さらに高齢者とその家族の生活のしづらさ、生きづらさが深刻になってきていることを自分のことのように感じ、ある種の怖さを覚えた。それは、人として生活していく権利、医療を受ける権利、生きていく権利、尊重される権利など、今日の高齢社会において多くの高齢者がその権利を奪われつつあることを身近に感じたからである。今日の若者の不安定な就労実態、結婚しない（できない）若者層が増加している社会現象、年金制度に加入しないまま高齢者になったとき、どのような生活が待ち受けているであろうか。考えるだけでも身震いがしてくるのは筆者だけではないであろう。経済優先社会がもたらしめている結果を国民が真剣に考えていかなければ、川上が言う「構造的な欠陥」を抱えたままの社会の行く末は不安定な状況を一層深刻にしていってしまうであろう。

なお、本論文では、このような超高齢社会に置かれた高齢者の生活実態と政策との関連について深く分析できていなので、内容にかなりの限界がある。年表ももっと分かりやすくまとめられれば良かったと反省している。今後の研究につなげていきたい。諸先輩、同僚の方々からご指導・ご助言をいただければ幸いである。

注

*1 藤田（2015：22-104）は次のように定義づけている。

生活保護基準相当で暮らす高齢者およびその恐れがある高齢者、あるいは国が定める「健康で文化的な最低限度の生活」を送ることが困難な高齢者をいう。

（具体的な指標）

①生活保護水準より低い収入 ②十分な貯蓄がない ③頼れる人がいない

－例－

戦後の高齢者にかかわる医療福祉政策と地域ケアの変遷

日に一度しか食事をとれず、スーパーで見切り品の総菜だけを持ってレジに並ぶ老人

生活苦から万引を犯し、店員や警察官から叱責される老人

医療費が払えず、市販薬を飲んで苦痛をごまかす老人

誰にも看取られることなく、1人静かに死を迎える老人

電気代を気にしてエアコンも付けずに室内で熱中症を起こしてしまう老人

インスタントラーメンや卵かけご飯のような粗末な食事しか口にできない人

3食まともに食べられない老人

孤独を紛らわすために、少額のお金を持って競艇場や競輪場に1日居続ける老人

家賃が払えず、近所の公園で生活せざるを得ない老人

コンビニで弁当を盗み、「刑務所に行かせてほしい」と空腹に苦しみ泣きながら懇願する老人 等々

下流老人に陥るパターンとして、①病気や事故による高額な医療費の支払い、②高齢者介護施設に入所できない、③子どもが低所得や引きこもりで親に寄りかかる、④熟年離婚、⑤認知症で周りに頼れる家族がいない状況をあげている。

引用・参考文献

室田人志『「戦後高齢者保健医療福祉政策等と高齢者の地域ケアの変遷～「要介護高齢者」の生活の場を中心として～」太田貞司編著「高齢者福祉論」光生館 2001：203-211

室田人志「介護家族の変容と介護福祉施策に関する考察」同朋大学論叢第96号 2012：1-34

NHK「認知症・行方不明者1万人」取材班「認知症・行方不明者1万人の衝撃 失われた人生・家族の苦悩～」幻冬舎 2015

NHKスペシャル取材班「老人漂流社会～他人事ではない“老後の現実”～」主婦と生活社 2013

NHKスペシャル取材班「老後破産 長寿という悪夢」新潮社 2015

河合克義『老人に冷たい国・日本～「貧困と社会的孤立」の現実～』光文社 2015

藤田孝典「下流老人」朝日新聞出版 2015

佐藤幹夫「ルポ高齢者ケアー都市の戦略。地方の再生」筑摩書房 2014

佐藤幹夫「ルポ認知症ケア最前線」岩波書店 2011

吉岡充・村上正泰「高齢者医療難民 介護療養病床をなぜ潰すのか」PHP研究所 2008

- 湯浅誠『反貧困―「すべり台社会」からの脱出』岩波書店 2008
- 橘木俊詔「格差社会 何が問題なのか」岩波書店 2006
- 太田貞司編集代表「地域包括ケアシステム―その考え方と課題―」光生館 2011
- 森本佳樹「地域福祉と地域包括ケア」太田貞司編集代表『地域包括ケアシステム―その考え方と課題―』光生館：39-58 2011
- 太田貞司「地域ケアシステム」有斐閣 2003
- 全日本民主医療機関連合会「いのちの格差を是正する―人権としての医療・介護保障をめざす提言」新日本出版社 2014
- 芝田英昭『国民を切り捨てる「社会保障と税の一体改革」の本音』自治体研究社 2012
- 新井康友・萩原康一・小澤薫・菅野道生・小池隆生・自治労連地方自治問題研究所機構『検証「社会保障改革」―住民の暮らしと地域の実態から―』自治体研究社 2014
- 山路克文「戦後日本の医療・福祉制度の変容―病院から追い出される患者たち」法律文化社 2013
- 二木立①「安倍政権の医療・社会保障改革」勁草書房 2014
- 二木立②「深層を読む・深層を解く（48）」『日本医事新報』4773号：17-18 日本医事新報社 2015
- 二木立③「地域包括ケアと地域医療連携」勁草書房 2015
- 水野博達「介護保険と階層化・格差化する高齢者―人は生きてきたようにしか死ねないのか」明石書店 2015
- 厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現～新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン～」2015
- 川上武「21世紀の社会保障改革―医療と福祉をどうするか―」勁草書房 1997

戦後高齢者の医療福祉政策と地域ケアの変遷～「要介護高齢者」の製威喝の場を中心として～

戦後の高齢者にかかわる医療福祉政策と地域ケアの変遷

年 代	高齢者医療福祉施設政策	社 会 動 向	(要介護高齢者の)生活の場	備 考(特記事項等)
1945年	1946(321) 生保健康法施行 養老施設(「養老院」)	1947(322) 平均寿命 男50.06歳 女53.96歳	1948(324) 横浜市内に老人ホーム(共栄荘)開設 初の民間有料老人ホーム(「題の東」東京に開設)	1950 国民の老死率増加 第1位結核、第2位脳血管疾患、第3位肺炎及び気管炎
1950年代前半	1948(323) 医療施設増定 社会福祉行政推進委員会 社会福祉基本法制定と報告 1951(326) 社会福祉事業法制定	平均寿命 男58.0歳 女61.5歳 高齢化率 4.5% (高齢者411万人) 1951(329) 全日本社会福祉協議会発足(全社協) 全国市町村単位に社会福祉協議会誕生 1955(330) 平均寿命 男63.60歳 女67.75歳 高齢者415万人(高齢化率5.7%) 1957(332) 朝日訴訟開始	1953(328) 「養老院」460戸 所収容者25,100人(要介護者11万78千人) 家族介護2,510,000人(83%) 1956(331) 厚生省が初の国立の老人ホーム建設を発表 1958(333) 厚生省は38年度から10ヶ年で老人ホーム増設計画を発表	1951 「死亡順位」人口動態統計 第1位 肺炎 82.5% 第2位 脳血管疾患 9.1% 1951 死亡順位 第1位脳血管疾患、第2位結核、第3位肺炎及び気管炎 1953 死亡順位 第1位脳血管疾患、第2位悪性新生物、第3位老衰 1955～1957 「神奈川県」によって日本経済は急成長 1959 死亡順位 第1位脳血管疾患、第2位悪性新生物、第3位心疾患 滋賀七郎(「橋田寿賀子」松竹で映画化(水下文忠監督))
1960年代	1958(333) 新国民健康保険法制定 (国民皆保険体制が完成)	1960(335) 平均寿命 男65.32歳 女70.19歳 高齢化率6.7%(高齢者540万人) 若手労働者が55歳以上で無償無料化 退学児童が15歳以上に上り生活保護水準 引上げ 1962(338) 全国老人クラブ連合会組織、1万4千の老人クラブ数、117万人加入	1960(335) 身寄りのない妻一人暮らし希望者 9,700千人 一般に可能老人ホーム 27ヶ所(厚生省発表) 1961(336) 東京都養護院、東村山市に運営老人ホーム建設 1967(342) 「寝たきり老人世帯調査」 東京都、長野県、埼玉県で実施 (東京府)75歳以上6,617人(女性1,847名) 高齢者は半数半 世界的に男性>女性1位(WHO)	1956(331) 長野県で老人(著藤英彦編) 1958(333) 大阪府で老人 1959(334) 和歌山県(老人福祉団体委託) 1960(335) 徳島県、神戸市、松山市で導入 1961(336) 15市町で導入 1962(337) 東京都で老人福祉事業開始 1963(338) 東京都で老人福祉事業開始 1963(339) 新潟道事業の国庫補助開始 1963 厚生省が「寝たきり老人世帯調査」を実施 1961 政府「高齢後援計画」決定 1968 GNP資本主義第2位
1970年代	1969(344) 老人日常生活用日用品付事当開始 寝たきり老人対策事業開始 (訪問介護など) 厚生省「全国老人実態調査」	1970(340) 平均寿命 男 67.74歳 女 72.92歳 1979(349) 東京都養老部第70歳以上老人医療費無料化実施	1968(343) 全日本社会福祉員派遣事業に「寝たきり老人」対象となる 日本はほとんど寝たきり20万人 (男1%, 女59%-女性介護者90%) 1969(344) 老人福祉職員派遣事業に「寝たきり老人」対象となる	「寝たきり老人世帯調査」結果は少ない 経済的理由は大きく長期入院には少ない 社会的理由は少ない ほとんどの在宅生活 家庭介護中心 「寝たきり(寝かせきり)」に留まる 「高度看護需要」 → 家族(扶養)機能が弱体化 → 核家族化の進行 → 社会的入院の増加 重傷障害高齢者を施設入所が前提

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者」の生活の場	備 考 (特記事項等)
1970年	1970(S45) 「特定社会福祉施設緊急整備5ヶ年計画」 策定、翌年度実施 社会福祉協議会老人福祉分科会(老人問題に関する総合的調査案)を報告 老人医療費の削減、ホームヘルパー、保健師の大幅増員などを提言	1970(44) 高齢化率21.1%(高齢者789万人) 高齢化社会へ進入 平均寿命 男69.31歳 女74.66歳	197(S45) 東京都の特養ホーム第1号(和風園)が完成 市内の在宅の母親を介護していた65才の女性が入院で病死、母親が死してからの発見	1972 有吉佐和子「忸怩の人」発表(6ヶ月で140万部売れる)
1979年 (S45F-54F)	1972(S47) 老人ホーム(取寄の場)から「(生活の場)へ(社会福祉協議会老人福祉専門分科会(答申))老人ホームでのプライバシー保護のために個室化などを報告 1973(S48) 70歳以上老人医療費無料化・65歳以上寝たきり高齢者医療費無料化 (福祉云々)として総理府に「老人政策」を提出	1971(S46) 老人ホーム(養護・特養)6万7千人制度 老人医療費負担16,480人 (低所得で寝たきり高齢者訪問)「ヘルパー・アシスト」思想導入(知的障害児)	1971(S48) 東京都葛川市、白十字病院へ寝たきり老人訪問看護制度委託(1975年東京都制度化)	1973 オイルショック (低成長時代へ) 医療費無料化の影響で高齢者の受診率が上昇
	1978(S52) 寝たきり老人長期医療事業開始 訪問(看護)技術制(要介護)老人ホームでの老人医療費無料化 大府市などで老人医療費無料化に所得制限を導入 1979(S54) ディサニープレス制度化 総理府初の高齢者白書発表	1973(S48) 平均寿命男70.49才 女75.92才(男女共に初年度) 国民年金保険料引き上げ 老齢福祉年金月5千円 国民年金共済月2万5千円 厚生年金月5万円(標準) 1975(S50) 老人家庭福祉員9,260人 福岡県春日市 毎日給食サービス開始 高齢化率7.9%(887万人) 平均寿命 男71.73歳 女76.89歳 老齢福祉年金月1万2千円へ引上げ 厚生年金月1万7千円へ引上げ 1976(S51) 老人家庭福祉員9,260人 福岡県春日市 毎日給食サービス開始 高齢化率7.9%(887万人) 平均寿命 男71.73歳 女76.89歳 老齢福祉年金月1万2千円へ引上げ 厚生年金月1万7千円へ引上げ 1976(S51) 高齢者の自殺防止策第2次、1日平均16人自殺や家族問題の原因(老年社会科学会) 年金改正 厚生年金年額100万円 国民年金年額90万円 (月7万5千円) 老齢福祉年金月1万2千5百円	1976(S51) 東京都「寝たきり」高齢者の訪問看護開始一歩も制度化を検討 1978(S53) 厚生省調査 60歳以上寝たきり42万人、内、6ヶ月以上長期寝たきり12万3千人(在宅9万8千人) 1979(S54) 厚生省調査 寝たきり高齢者39万人、内39%が要介護	「日常生活のニーズに対応する介護」が求められるようになった (在宅サービス重視へ) 「医療の場」から「ケアの場」への転がり 「福祉見直し論」台頭 「日本型福祉社会論」登場
		1977(S52) 平均寿命 男は世界1位 男72.69歳 女77.95歳		

— 21 —

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者」の生活の場	備 考（特記事項等）
1990 年代 (02年～8年)	1990 (02) 在宅介護支援センターの創設 社会福祉助成 8 社・施設改正 「ゴールドプラン」策定 「高齢者の生活」生活援助員派遣事業創設 診療報酬改定で在宅医療推進 医療費適正化施策推進 1991 (03) 老人保健法改正 要介護施設制度創設、 公費負担の増大 「在宅生活」刊行 1992 (04) 老人訪問看護制度スタート 第2次医療法改正（療養型病院削減） 診療報酬改定（改定率+2.5%） 在宅医療一層積極化 1993 (05) 老人保健福祉計画「算定」 福祉用具の研究開発・普及促進法」 公布 1994 (06) 健康保険法改正 要介護一部負担、特定療養費導入、付添看護制 診療報酬改定（改定率+2.7%） 「21世紀福祉ビジョン」策定 新ゴールドプラン策定等 高齢者介護・自立支援が、研究会報告 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」 1995 (07) 社会保険制度推進助成 老人保健福祉委員会（中間報告） 「公的介護保険」制度検討 高齢者対策基本法制定 1996 (08) 診療報酬改定（改定率+0.8%） 老人保健福祉委員会、社会保険制度推進等が公的介護保険制度創設発言（厚生省）介護保険制度大綱発表 「高齢者対策大綱」閣議決定	1990 (02) 全世帯 在宅介護者リフレッシュ事業開始 開始 「国民生活基盤調査」高齢者世帯10世帯に1世帯突破 高齢化率12.1%、1,495万人 平均寿命 男75.92歳 女81.90歳 1995 (06) 「国民生活基盤調査」 要介護（寝たきり）高齢者83万6千人 内、16%が重度の寝たきり 独居・老人夫婦世帯・配偶者のいない子との同居世帯が増加 1994 (06) 平均寿命 男76.57歳、女82.98歳 高齢化率14.1%、1,757万人 高齢社会へ突入 1995 (07) 高齢化率14.6%（1,828万人） 平均寿命 男76.38歳 女82.85歳 阪神・淡路大震災 警消庁が「徘徊老人 SOS ネットワーク」を全国的に広げる呼びかけ 1996 (08) 阪神大震災直後 1.16（仮設住宅で47人） 総療行発表高齢化率15.1% 高齢者世帯225万人 （女性47万人） 要介護者（女性178万人） 要介護者世帯 エイズ関係の内部資料に厚生労働省内の北郷一々々と発見される 省厚生大臣・エイズ患者に謝罪 らしい予防療法止	1990 (02) 要介護高齢者の生活の場 要介護者100人当たり年間利用日数 ホームヘルプ・37.8日、ボランティア13.8日、ヘルプ・サービス1.03日 特養ホーム所 2125施設 10年間で倍増 「民間介護」要介護高齢者の退院促進 1992 (04) 神奈川県 全国に先駆けて24時間ヘルプ・サービス派遣事業スタート 「訪問看護ステーション」143ヶ所 （厚生省）「在宅生活」20ヶ所の特集まで 「在宅生活」 要介護高齢者の退院促進・入院削減強化 1993 (05) 老人保健福祉マップ（厚生省） 「ヘルプ・サービス」実証事業6割以上 ※高齢者への医療、介護人事件が表面化 1994 (05) 北海道釧路地域で認知症徘徊老人の死亡事件を契機に「徘徊老人 SOS ネットワーク」がスタート、全国の取組として拡大 1995 (07) 要介護者200万人 寝たきり老人 86万人 要介護要介護老人 10万人 徘徊老人 100万人 1年以上寝たきり 74.1% 介護者 60歳以上 48% 24時間巡回型ヘルプ・サービス本格化 1995 (08) 診療報酬改定によって老人保健施設から「退院促進」施設運営費6ヶ月以降削減 24時間ヘルプ・サービス、在宅ケアの実践が自治体、住民参加型、ヘルプ・サービス等によって徐々に拡大 ホームヘルプ・介護研修がヘルプ・サービス等の参入によって積極的に展開 東京都でサテライト型デイサービス結まる（公衆浴場や公民館活用）	1990 国民医療費20兆6,074億円 住民参加型在宅福祉サービスが全国的に広がる（271団体） 1994 (06) 死亡場所 在宅死 19.9% 病院死 73.6% 診療所 3.1% 一般病院での入院（3ヶ月）以内 「MRS」の拡大 「積極的」在宅の選択 在宅医療・在宅ケアの積極的推進 ↓ 家族介護の負担増 「家族介護」は激減→「社会的介護」へ 高齢者を市町村毎に分類化→「社会的入居」の削減推進 在宅介護に質の変化→「重介護・要介護」「社会生活上のニーズに対する介護」が求められる 「在宅を必要とする在宅ケア」が本格化 生活の質（QOL）が課題 施設や自宅で（その人らしい生活）の実現という援助目標・ケア目標が一般化 965日付ヘルプ・サービス 24時間在宅ケア等 課題に浮上

戦後の高齢者にかかわる医療福祉政策と地域ケアの変遷

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者」の生活の場	備 考（特記事項等）
1990年代 (1990～1999)	1997 (H9) 財政構造改善会議 年金給付制限、給付年齢引き上げを提言 第3次医療法改正 1. 介護人、地域医療支援病院の創設、救急型市民病院の診療所設置 09 医療保険制度改正 「 <u>国民本人型負担</u> 」 高齢者外来月 2,000円 入院1日1,000円 （東海負担） 12 介護保険法成立	1997 (H9) 08 自治省人口動態調査 高齢化率65歳未満22.65% 女性21.36% 山形県20.89% （山口県東和町48.13%） 320町村で高齢化率30%超 平均寿命 男77.01歳 女83.59歳 09 総務庁発表高齢化率15.6% 65歳以上男性 817万人 女性1,156万人 2015年推計高齢化率25.2% （65歳以上3,185万人） 厚生省人口問題研究所発表 高齢化率推定 2025年27.4% 2050年32.3% 阪神大震災被災者仮設住宅 孤独死150人 1998 (H10) 介護支援専門員試験開始 20万人余が受験、9,629人合格 1999 (H11) 平均寿命 男77.10歳 女83.99歳 高齢化率16.7% 65歳以上と男性881万人 女性1,236万人 国民生活基礎調査 65歳以上の同居率 独居 13.0% 老人夫婦 33.7% 子と同居 49.3% 都市再生機構の賃貸住宅で207人が孤立死（社会的不死） 希薄化した近隣関係が一要因 介護休業制度義務化 介護休業給付開始	1997 (H9) 24時間巡回型「 <u>さくら</u> 」サービスの展開が全国的に拡大 特別養護老人ホームや在宅等での優れた施設整備が拡大傾向 「あしや普楽苑」（兵庫県芦屋市） 「旭々園の家」（福岡市）など 訪問看護ステーションが民間主導で着実に増加（2,193ヶ所） 1998 (H10) 「 <u>要介護老人等の介護心中・殺人事件</u> 」後を鑑み、毎月発生 結縁家族が浸透・拡大傾向 （独居老人の共同生活） 国民生活基礎調査 在宅要介護高齢者数1,004千人 要介護期間3年以上53.7% 寝たきり期間3年以上48.7% 主介護者 男性 14.8% 女性 85.2% 主介護者の年齢 60歳以上 54.4% 1999 (H11) 10 介護保険要介護認定受付開始 介護認定基準に様々な矛盾が露呈 獨居性老人の認定が不正確との批判が高まる 厚生省ケア現場での身体拘束禁止を通告 朝日新聞調査で85%の国民が「安心して老後を迎えられる社会でない」と感じている	1997 精神保健福祉法成立 国民医療費29兆9,149億円 「 <u>人権尊重・プライバシーの尊重</u> 」など 個人の尊厳を重視したケアを目標 1998 国民医療費29兆5,823億円 1999 国民医療費30兆7,019億円 精神保健福祉法改正 精神療育を知的障害に改正 精神保健福祉士国家試験 開始

— 24 —

戦後の高齢者にかかわる医療福祉政策と地域ケアの変遷

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者の生活の場」	備 考 (特記事項等)
2002年 (((144～175)	2002 (H14) 10 医療保険法改正 2003 (H15) 04 医療保険法改正 70歳未満の医療費自己負担3割に 引上げ 介護報酬改定 (改定率-2.3%) ケアマネと訪問介護の報酬アップ	2002 (H14) 平均寿命 男78.32才 女85.23才 高齢化率 18.5% 2,363万人 2003 (H15) 平均寿命 男78.36才 女85.33才 高齢化率 19.0% 2,431万人 厚生労働省「在宅医療に関する調査」 (住み慣れた自宅で最後を2割、6割 以上は病院や老人ホームで最後を翌 んでいる 2004 (H16) 高齢化率 19.5% 2,488万人 国民生活意識調査 65才以上独居世帯373万世帯20.9% 夫婦のみ525万2千世帯29.4% 生活が苦しい高齢者世帯50.0% 要介護者のいる世帯 独居20.2% 夫婦のみ19.5% 同居の要介護者 男25.1% 女74.9% 公的年金受給者3076万人(3千万人超 初) 厚労省、納付期間25年満たせず年金を 受け取れない65才以上 国民年金加入者19万73千人 厚生年金加入者12万74千人 福祉の年金加入者9万人 国際アルツハイマー病協会第20回国際 会議で開催 66か国4千人が参加 改正高齢者雇用安定法施行 65歳定年制へ 「痴呆」時休見直し(認知症)へ 生活保護費の委縮加算が2006年度まで に段階的に禁止決定、高齢者の生存権 に悪影響が全国的に発生 要介護者世帯の賃貸住宅で409人が孤 立死(社会的孤立死)	2002 (H14) 相模、コミュニティ型の特別養護ホーム創設 認知症高齢者のためのグループホームが急増 1月2ヶ所のペースで新設 民間ヘルパースの増設122円/人・トタ の全国平均以下(ヤマト・同調査) 大戸屋の訪問介護会社会員216社に認知 症高齢者約50人を入居させ、関連会社のヘル パーに介護させていたことが判明 2003 (H15) 独居70代女性を主とした結果性高齢者、知 的障害者、精神障害者の認知症後遺症相談2 万件を超える 老人クラブが減少13万1116 2004 (H16) 介護労働安定センター「介護労働実態調査」 介護労働者女性80.4%平均年齢41才 施設は20代が40%超、 訪問介護は40才以上75.4% 8割近くが非正 社員 3年未満の職職者8割 厚労省「高齢者世帯調査」 虐待者 息子 32%最多 被害者10%危険状態 2005 (H17) 生活保護の「老齢加算」減額訴訟 京都府79歳男性が憲法第25条に反するとし て取り消しの訴え 全国で不服申し立て600 件以上 国民生活センター「悪質訪問販売被害 住宅リフォーラム」原稿 8694件 警察庁、前年度認知症などによる徘徊中に死 亡や行方不明者505人	2002 身体障害者補助犬法制定 新障害者プランの策定 要介護認定者数345万人 国民医療費約9,507億円 介護給付費約6,576億円 2003 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」 介護を要したい場所 自宅58%、病院18%、特養ホーム12% 子 どもも44% 介護を要しつつもりの相手 子ども55%、配偶者53%。 要介護認定者数384万人 第2期介護保険料(全国平均)3,293円 国民医療費31兆5,375億円 介護給付費9兆990億円 2004 要介護認定者数409万人 国民医療費32兆1111億円 介護給付費5兆5,594億円 2005 合計特例出生率1.26 障害者自立支援法制定 病院数9,020施設(一般病院7,952) 平均在院日数 一般病床 19.8日 療養病床 172.8日 要介護認定者数432万人 国民医療費33兆1,289億円 介護給付費6兆7,943億円

志 人 田 室

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 画 向	要介護高齢者の生活の場	備 考 (特記事項等)
2006年 (H18)	介護保険制度改正 第1期医療費の削減、地域密着型サービス の創設、地域包括支援センターの創 設 医療制度改正法成立 (医療費適正化の総合的な推進、後期 高齢者医療制度創設法) 第2期医療費削減法成立 第3期医療費削減法成立 第4期医療費削減法成立 第5期医療費削減法成立 第6期医療費削減法成立 第7期医療費削減法成立 第8期医療費削減法成立 第9期医療費削減法成立 第10期医療費削減法成立 第11期医療費削減法成立 第12期医療費削減法成立	2006(H18) 平均寿命 男79.0才 女85.81才 高齢化率 20.8% 2,460万人 内閣府高齢者意識調査 近頃生活の質は良くなったか 悪い方が多い 24% 悪い方はない 41% 老人クラブなどのグループに属して いない 48%	2006(H18) 伊保氏六村市グループホーム「やすらぎの里 さくら館」全館、5人住居、火災相次ぎ火災 7期グループホームで運営 札幌市、自宅直営介護者と介護する高齢者 世帯の家計支えを両方(要介護認定を受けて いない要介護と受取する両方は全国初) 厚労省研究調査 65才以上の在宅介護者約35万人、うち状態が よいといっていることがあり、うつ状態が 高齢者虐待調査結果 施設 54件、在宅12,569件、共に32人 (同原84.2% 虐待者 息子38.5% 夫14.7%) 愛知県名古屋市で84才の元医師の夫が介護され る訴えバーキンソン病と認知症で要介護の84 才の妻と心中 愛知県津島市で88才の脳梗塞の夫が87才の認 知症の妻を介護していたが介護疲れを訴えて 心中	2006 合計特例出生数1,251(過去最低) 人口減少社会へ 障害者自立支援法施行 ハリアフリー新法制定 国民医療費33兆1,276億円 介護給付費5兆8,743億円 要介護認定者数440万人 第3期介護保険料(全国平均)4,090円
2007年 (H19)	介護保険制度改正 第1期医療費削減計画(2007年度施行) 第2期医療費削減計画(2008年度施行) 第3期医療費削減計画(2009年度施行) 第4期医療費削減計画(2010年度施行) 第5期医療費削減計画(2011年度施行) 第6期医療費削減計画(2012年度施行) 第7期医療費削減計画(2013年度施行) 第8期医療費削減計画(2014年度施行) 第9期医療費削減計画(2015年度施行) 第10期医療費削減計画(2016年度施行) 第11期医療費削減計画(2017年度施行) 第12期医療費削減計画(2018年度施行)	2007(H19) 平均寿命 男79.19歳 女85.99歳(世界 1位) 国民生活意識調査 65才以上高齢世帯432万6千世帯 22.5 % (男13.0% 女35.0%) 夫婦のみ世帯573万2千世帯 29.8% 高齢者世帯「生活が苦しい」52.2% 要介護者のいる世帯 施設34.0% 夫 婦のみ20.2% 主介護者 男58.1% 女71.9% 単独介護13人 更に若い年金問題5000万件 コムス介護問題不正請求を繰り返して 、阿婆より更なる苦境を繰り返す 介護事業から撤退 2008(H20) 平均寿命 男79.29才 女86.05才 高齢化率 22.1% 2,822万人 がん診療連携拠点病院の整備指針通知 06 日本年金会連「信頼に支えられた 医療の実現～医療を必要とせない ために～」要請書提出	2007(H19) 名古屋市中川区で76才の夫が要介護の73才の 妻を介護していたが介護疲れから心中 02 京都市伏見区の桂川で54才の息子が86才 で認知症の母親を殺害、息子も死のうと 告となり生後保護の申請を相次ぐも区 役所窓口で断られ生きるすべがなくつた た妻の事件(地域の最前線が泣いた事件) 他にも全国で介護心中、殺人事件多数発生 2007(H19) 生活保護受給者高齢化率の増加防止 要介護認定者数463万人	2007 国民医療費34兆1,360億円 介護給付費6兆1,600億円 要介護認定者数463万人
2008年 (H20)	介護保険制度改正 第1期医療費削減計画(2007年度施行) 第2期医療費削減計画(2008年度施行) 第3期医療費削減計画(2009年度施行) 第4期医療費削減計画(2010年度施行) 第5期医療費削減計画(2011年度施行) 第6期医療費削減計画(2012年度施行) 第7期医療費削減計画(2013年度施行) 第8期医療費削減計画(2014年度施行) 第9期医療費削減計画(2015年度施行) 第10期医療費削減計画(2016年度施行) 第11期医療費削減計画(2017年度施行) 第12期医療費削減計画(2018年度施行)	2008(H20) 平均寿命 男79.29才 女86.05才 高齢化率 22.1% 2,822万人 がん診療連携拠点病院の整備指針通知 06 日本年金会連「信頼に支えられた 医療の実現～医療を必要とせない ために～」要請書提出	2008 国民医療費34兆8,084億円 介護給付費6兆4,185億円 要介護認定者数467万人 2008.12 宮岡亮・村上正泰「高齢者医療費 ～介護保険制度を必要とするのか」印刷新書	2008 国民医療費34兆8,084億円 介護給付費6兆4,185億円 要介護認定者数467万人 2008.12 宮岡亮・村上正泰「高齢者医療費 ～介護保険制度を必要とするのか」印刷新書

戦後の高齢者にかかわる医療福祉政策と地域ケアの変遷

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者」の生活の場	備 考 (特記事項等)
2009年 ～ 2010年 (H21年～22年)	2009 (H21) 介護報酬改定(改定率+3.0%) 介護人材確保、医療との連携や認知症ケアの充実他 「地域包括ケア研究会報告書～今後の格付のための協議整理～」 地域包括ケアシステムを定着づけ 「高齢者の居住の安定確保に関する法律」改正 2010 (H22) 社会福祉審議会介護医療部会 「介護保険制度の取組に関する意見」 「地域包括ケア研究会報告書」 地域包括ケアシステムの構築 診療報酬改定(改定率+0.19%) 救急、産科、小児科、外科等の医療の再編、がん医療、認知症医療、感染症対策、肝臓対策の推進等	2009 (H21) 平均寿命 男79.59才 女86.44才 高齢化率 22.7% 2,901万人 03 群馬県渋川市で老人福祉施設「ゆめホーム」たまたまゆら」で火災 入所者10人犠死、うち東京都葛飾区の生保受給者6名、無罪、千葉県葛飾区との施設で貧困ビジネスの実態が判明 東京都内の生保受給者516人が他県の施設に入所、介護施設不足が顕著 12 厚生労働省「特別養老老人ホームの入所申込者の状況」発表 入所申込待機者数4万組、内要介護4～5の重介護者1万78千人超 (在宅47.2%、在宅外52.8%) 2010 (H22) 高齢化率23.0% 3,948万人 平均寿命 男79.55才 女86.30才 国民生活基礎調査 65才以上世帯501万78千人 16.9% 夫婦のみ世帯 1,167万5千人 37.2% 高齢者世帯(生涯が至しい)151.5% 要介護者のいる世帯 半額26.1% 夫婦のみ19.3% 主な介護者 男30.6%女69.4%(60代が最多)(配偶者25.7%子20.9%) 要介護内の公営住宅で孤立死が3年間で348人(毎年2千人に1人の割合で発生)	2009 (H21) 介護費・心中400件(2000年～2009年3月中日新聞報道)加害者3,418男性(息子、夫) 02 東京都大田区で養老1週間以上経過した87才の男性を近所の知人が発見、80才の認知症の妻と51才の知的障害の息子が同居していたが気づかなかった 04 山形県山形市で介護受給者の妻を介護していた84才の夫が急死を被殺 09 岡山県倉敷市で認知症の88才の母親を介護していた59才の息子が母親を殺害 11 名古屋市港区でがんの末期が埋理心中と介護していた74才の夫が埋理心中いずれも介護疲れが原因で、他にも認知症の井井井、小牧市、千歳駅等で介護心中・殺人事件発生 高齢者虐待調査結果 施設 76件 養護者15,415件 死亡32人 (施設86.4% 虐待者 息子41.9% 夫17.7%) 2010 (H22) 春取りビジネス(1返たきり老人アパート)に拡大 人間の命を簡易道具にしたアパートが各地に拡大 01 愛知県知立市で長年引きこもりの38才の息子と認知症の65才の妻を介看していた67才の妻が終末を拒絶して殺害 02 名古屋市東山区で87才の要介護の妻を介看していた79才の夫がトイレットで溺れ、妻は原因で倒れていた、夫は事後1年経過後、妻は12日間が経過、家族療養で家主が妻に連絡して発見された 09 名古屋市緑区で81才の認知症の父親を介護していた59才の息子が受けて外傷性出血性ショックで死亡、父親本人が役所を訪ねたにもかかわらず、施設入所の説明だけで家庭訪問せず事件発生 12 秋田県で92才の母と37才の息子が同居を66才の認知症の母親を介看していた 他にも愛知県半田市、名古屋市白区、岡山県倉敷市、東京都江戸川区等であくとも21件発生(日本福祉大学湯原隆子准教授) 高齢者虐待調査結果 施設 96件 養護者16,668件、死亡21人 (同居85.5% 虐待者 息子42.6% 夫16.9%)	2009 病院数8,739施設(一般病院7,655) 平均在院日数 一般病床 18.5日 一般病床 179.5日 介護療養病床298.8日 国民医療費36兆67億円 介護給付費6兆6,721億円 21期介護保険料(全国平均)4,160円 要介護認定者数485万人 2010 病院数8,670施設(一般病院7,587) 平均在院日数 一般病床 18.2日 一般病床 176.4日 介護療養病床306.2日 死に場所 在宅 12.5% 病院 76.2% 診療所 2.3% 国民医療費37兆4,202億円 介護給付費7兆4,536億円 要介護認定者数506万人 NMRでベジカル(病えた高齢者“無縁社会”の隠れ病) 認知症高齢者が1そこにいることさえ周囲に知られていないという事態が起きていることが取り上げられた

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者」の生活の場	備 考 (特記事項等)
2011年 (H23～24年)	2011(H23) 06 「社会保険・税一体改革案」 (09閣議決定) 06 「障害者権利増進法」成立(2012年10月施行) 10 「高齢者住まい法」改正 サービス付き高齢者住宅開設 2012(H24) 02 「社会保険・税一体改革大綱」閣議決定 03 在宅医療に係る医療体制構築の推進計画(2013年度からの医療計画) 福祉・医療関係者及び在宅医療の目標 04 介護保険制度改正(介護療養病床削減)を20年度までに達成 地域包括ケアシステムの実現に向け5年度目標の取組 定期巡回・随時対応サービスの創設 地域密着型複合サービスの創設 療行会によるたん吸引などの医療行為の実施(社会福祉士法および介護福祉士法一部改正) 診療報酬・介護報酬同時改訂 診療報酬改訂(改定率+0.004%) 介護従事者の負担軽減 医療と介護の連携強化と在宅医療の充実等が重点課題 介護報酬改定率1.2% 地域包括ケアシステムの構築推進 医療と介護の役割分担・連携強化	2011(H23) 東日本大震災 平均寿命 男79.44才 女85.90才 高齢化率 23.3% 2,975万人 国民生活基礎調査 65才以上単独世帯469万7千人16.8% (男27.8%女72.2%) 夫婦のみの世帯1,041万3千人37.2% 2012(H24) 高齢化率24.1% 3,079万人 平均寿命 男79.94才 女86.41才 無保険など経済的自由による手退れ、死に事例増加(全日本医師会)25都道府県、53市町(男性78%、女性22%、多くの婦性者や若年層の男性で、がんで死に)国保法4条が活かされず 国民生活基礎調査 65才以上単独世帯468万8千人16.1% (男28.1%女71.9%) 夫婦のみの世帯1,134万9千人37.5% 06 「がん対策推進基本計画」閣議決定 がん患者の就労問題等の対策 がん相談支援・情報提供体制実現	2011(H23) 06 中川区宮住宅宅で60代夫婦介護心中事件(病気の妻を夫が介護) 07 南区で80代夫婦介護心中事件(アルツハイマー病の妻を夫が介護) 春日井で認知症の81才の母親を殺った54才の息子(両親の介護のため2年前に退職)が逮捕 08 豊田で71才の妻介護の妻を81才の夫が殺害(介護疲れ、嘔吐死) 広島県区道車で83才の妻介護の母親と介護していた53才の息子が心中 09 春日井で77才の妻介護の母親と介護していた67才の息子が心中(将来を悲観) 高松市虐待事件結果 加害者 151件 被害者 16,599件、死亡21人 (男88.2%、虐待者 息子40.1%、夫17.5%) 2012(H24) 01 岐阜市で79才の妻介護の夫を介護していた73才の妻が嘔吐死(人)で逮捕 03 中区で80才の認知症の妻を介護していた84才の夫が嘔吐死(人)で逮捕 06 中津川市で81才の妻介護の夫と介護していた6才の妻がから中米送(介護疲れ) 07 東京都豊島区都住宅宅で70代の認知症の母親と介護していた40代の長女が死に 死後数日経っており長女が病死後母親が孤立死 死 他にも、鹿児島県、奈良県、東京都などで介護疲れによる殺人事件多発 逮捕された介護殺人・心中事件1998年以降少なくとも550件発生、559人が死亡(日本福祉大学原悦子准教授による調査) 被害者73.5%が女性、加害者78.2%が男性、加害者が夫34.2%、息子32.9%、老老介護58.0% 2006年以降は年50件前後で推移、支離はさらに多いと言及	2011 病院数8,605施設(一般病院7,528) 平均在院日数 一般病床 17.9日 療養病床 176.1日 介護療養病床311.2日 死亡順位 第1位悪性新生物、第2位心疾患、第3位肺炎 国民医療費3855.850億円 介護給付費7兆6,296億円 要介護認定者数531万人 04 佐藤夫婦「ルポ認知症ケア最前線」岩波新書 2012 病院数8,565施設(一般病院7,493) 平均在院日数 一般病床 17.5日 療養病床 171.8日 介護療養病床307.0日 国民医療費39兆2,117億円 介護給付費4兆8,128億円 第5期介護保険料(全国平均)4,972円 要介護認定者数661万人
2012年	08 「社会保険制度改正推進計画」等 閣議決定 09 「高齢社会対策大綱」閣議決定		高齢者虐待調査結果 施設15件 被害者15,202件 死に27人 虐待者の年齢50才代22.7% 70才以上28.2% 虐待者の年齢 息子41.6% 夫18.3%	

戦後の高齢者にかかわる医療福祉政策と地域ケアの変遷

年 代	高齢者医療福祉政策	社 会 動 向	「要介護高齢者」の生活の場	備 考（特記事項等）
2013年 (14年) 2014年 (125～26年)	2013(125) 「都市部の高齢化対策」に関する第3次 実行決定、89に都庁の強化と生活か しと地域包括ケアシステムの構築を提 言 08「社会保険国民会議報告書」 社会保障制度基本提言 所得に応じた負担要件70～74才 の医療費負担引き上げ、保険料の 引き上げ、高齢者医療制度の部分 化、受診支援サービスの市町村事業 への移管等々 12「社会保険改正プログラム法」成立 2014(126) 診療報酬改定（改定率+0.10%） 04 診療提供体制の再構築、地域包括ケ アシステムの構築、医療機関の機能 分化と連携強化、在宅医療の充実他 第2期医療費適正化計画（平成25年度～ 29年度） 06「経済財政運営と改革の基本方針 （骨太の方針）」都道府県に地域医療 構想、医療費適正性の目標数値設定を 義務づけ 06 地域包括・介護総合推進法成立 （地域包括ケアシステムの構築） （地域医療構想計画）（ビジョン）策定 「医療改革基盤計画」閣議決定 地域医療の発展に向けた医療提供 体制の構築、生活の場での医療・介 護環境の充実等の提言 第6回社会法改正 現在機能別診療制度と地域医療構想の 策定、特定機能病院更新制導入、医療 非営利法制度拡充 医療訴訟法、改正児童福祉法成立	2013(125) 平均寿命 男80.21才 女86.61才 （男も初めて80才を越） 高齢化率25.1%、3,150万人 国民生活基礎調査 65才以上 高齢世帯17.7% 夫婦世帯38.5% 子と同居40.0% （うち、配偶者のいない 子と同居26.1%） 同居の士介護者 男31.3% 女68.7% 主介護者の年齢状況 全体的に50代以 上の増加、80才以上の増加が顕著 悪性新生物による死亡者数 365千人 1日あたり995.2人 （人口動態統計） 自殺統計（内閣府・警察庁）27,283人 60才以上10,415人（内、健康問題6,825 人）病気の増え健康問題が多くの原因 12 生活困窮者自立支援法成立 介護保険法改正でペナルティー対象者 1万335人と制限（厚労省調査） 要介護の親と一緒に暮らす中高年者の 増加、介護者の平均年齢52.6才、親の平均 年齢82.7才、介護者は長時間に追われ ストレスを抱えている実態が判明 （公益財団法人、家計経済研究所） 2014(126) 平均寿命 男80.50才（世界3位） 女86.83才（世界1位） 高齢化率 26.0%、3,300万人 厚生労働省「特別養老老人ホームの入 所申込者の状況」発表 入所申込者数52.4万人、 内要介護～5の要介護者21万9千人 （在宅49.6%、在宅外50.4%） 悪性新生物による死亡者数 367,939千人1日あたり1,008.5人 （人口動態統計） 国民生活基礎調査 65歳以上高齢世帯585万9千人17.4% （男32.0% 女68.0%） 夫婦世帯1,304万3千人38.0%	2013(125) 高齢者虐待調査結果 施設 221件 養老費15,731件、死に21人 利用者の年齢50才代 24.7% 70才以上25.3% 虐待者の属性 男741.0% 女19.2% 01 愛知県豊橋市60才の認知症の母親を51才 の娘が殺害、車まで運んで重傷うつ病になっ ていた（執行猶予5年の強盗男性がトイレ で閉めているのを発見される、高気圧で隣 人が通報） 09 徳島県守山市で83才で認知症のある夫が83 才の認知症の妻を窒息死、夫自殺を図る 10 名古屋市西区長寿町（長80才）隣死、妻88 才認知症、無理心中 11 愛知県豊橋市78才の夫と77才の妻の死亡 が検見される 他にも、奈良県、鳥取県、神奈川県、東京都 府中市、札幌市、厚別区、愛知県安城市・知 立市・知多市など介護されたによる介護殺人 事件多発 愛知県豊橋市町では白粉化した男 性の遺体発見見られる 2014(126) 認知症徘徊行方不明10,322人(2013警察要 出件数)うち、死に388人 生協と22道府県、520町村が「見守り協定」 （徘徊高齢者など地域の見守り活動、2007年 開始） 02～03 老老介護殺人事件連発（介護疲れ が理由） 奈良県川上村で老老介護の94才の母親を70 才の息子が殺害 11 千葉市で2年前から要介護状態となり痛み に耐えかねて殺してくつと耐え83才の 妻を98才の夫が殺害 12 東京都大田区で3年前から寝たまりの54 才の息子を介護していた72才の母親が殺 害未遂容疑で逮捕 他にも、神奈川県厚木市、千葉県市川市な ど介護されたによる介護殺人事件が多発	2013 病院数 8,540施設（一般病院7,474） 平均在院日数 一般病床 17.2日 療養病床 168.3日 介護療養病床308.6日 要介護認定者数584万人 サービス受給者数492万人 （サービス受給者割合30.5%） 国民医療費40兆610億円 介護給付費兆5,121億円 合計特殊出生率1.43 01 NHKスペシャル「終の住処はどこに老人 放逐社会」放映 11 NHKスペシャル「認知症800万人時代助け てと言えない～」孤立する認知症高齢者 ～」放映 2014 要介護認定者数598万人 サービス受給者483万人 （サービス受給者割合80.8%） 合計特殊出生率1.42 経済的理由による手遅れ死に56事例 無保険者20例、国保資格証 5例、国保長期 証 8例、60代以上71%、独居53.6%（民医 連調査結果） 05 佐藤ゆかり「高齢者ケアー都市の岐 路、地方の再生」ちくま新書 05 NHKスペシャル「認知症300万人」時代 行方不明者1万人～知られざる徘徊の災 禍～」放映 09 NHKスペシャル「老人介護社会～老後破 産の現実～」放映 10 新聞ビジネス「無料・定額給付金」の誘 惑者、生活保護受給者から医療費で注進 高齢者の貧困、生活保護と住居確保等の資 金の其他が報道（埼玉県）

※参考文献・資料 1. 「厚生白書」平成8年版・9年版・10年版・11年版・12年版 厚生省編 (株)ぎょうせい (2001年一部作成、2015年加筆修正)